

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FUNCIONALIDAD FÍSICA Y LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PERSONAS CON OSTEOARTRITIS.

Por

LIC. BRIANDA ANAHÍ JACOBO LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FUNCIONALIDAD FÍSICA Y LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PERSONAS CON OSTEOARTRITIS.

Por

LIC. BRIANDA ANAHÍ JACOBO LÓPEZ

Director de tesis:

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, Ph.D.

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FUNCIONALIDAD FÍSICA Y LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PERSONAS CON OSTEOARTRITIS.

Por

LIC. BRIANDA ANAHÍ JACOBO LÓPEZ

Co-Director de tesis:

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



FUNCIONALIDAD FÍSICA Y LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PERSONAS CON OSTEOARTRITIS.

Por

LIC. BRIANDA ANAHÍ JACOBO LÓPEZ

Asesor de Estadístico:

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2016

FUNCIONALIDAD FISICA Y LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN
PERSONAS CON OSTEOARTRITIS.

Aprobación de tesis

Raquel Alicia Benavides Torres Ph.D
Director de Tesis

Raquel Alicia Benavides Torres Ph.D
Presidente

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
Secretario

Dra. Esther Carlota Gallegos Cabriaes
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirección de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo brindado durante estos dos años para poder llevar a cabo mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad Autónoma de Sinaloa quienes me apoyaron incondicionalmente para la realización de mis estudios de Maestría haciéndome parte de su programa Doctores Jóvenes.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Directora ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez y a la Subdirectora de Posgrado e Investigación, Dra. María Magdalena Alonso Castillo por las facilidades brindadas para la realización de mis estudios.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por compartir sus conocimientos en especial en el ramo cualitativo, por compartir sus experiencias profesionales y ser un gran ejemplo de entrega total y plena a la profesión, por su responsabilidad y liderazgo. Gracias por la confianza depositada en mí como persona y estudiante capaz de representar a la FAEN-UANL a Nivel Internacional.

Al Centro de Especialidades en Artritis y Reumatología (CEAR) en especial a los Doctores Mario Garza, Jaqueline Rodríguez, Ingrid Peláez-Ballestas, Adalberto Loyola-Sánchez y Brenda Vázquez quienes me integraron como estudiante al proyecto de “Desarrollo de un programa de rehabilitación para prevención de discapacidad, integrando la perspectiva de la comunidad, en pacientes con osteoartritis en comunidades de Nuevo León”. Financiado y Registrado en la convocatoria PCPN2013-01 del fondo Institucional del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología (CONACYT). Gracias, por brindarme todas las facilidades para la realización de mi proyecto de tesis.

A todos los directivos y personal del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) de la Universidad Autónoma de Nuevo León por la

facilidad que me brindaron para utilizar las instalaciones de este y hacerme parte del equipo como tesista de la Unidad de Enfermería.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Director de Tesis, por guiarme durante la formación de mis estudios de Maestría, por todas sus enseñanzas y experiencias compartidas, por su paciencia, confianza depositada y tiempo dedicado, por el gran apoyo brindado en cada momento. Gracias por respetar mis ideas, aportaciones y promover la libertad académica.

A mí jurado Dra. Esther C. Gallegos Cabriaes y Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y docentes del programa de Maestría de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por los conocimientos y experiencias impartidas.

A la Maestra Rosy Veloz, por su amistad y apoyo incondicional durante el tiempo de formación de mis estudios de Maestría.

Dedicatoria

Principalmente a Dios, porque con su misericordia divina me ayudo a terminar esta meta que me propuse alcanzar caminando a mi lado en todo momento bendiciéndome día a día con la hermosa familia que me ha dado; por darme fuerza y ser el motor que impulsa mi vida para no rendirme y seguir adelante para lograr alcanzar mis propósitos.

A la mujer que más amo y admiro en la vida, mi madre Ana M. López Núñez, por siempre estar alentándome, guiándome por el camino correcto, enseñándome a luchar para alcanzar mis metas, brindándome su apoyo incondicional y por su infinito amor. Todo esto permitió que nunca me rindiera ya que me mostró que siempre está para mí cuando más la necesito y me dio con solo una palabra de motivación la fuerza para seguir luchando por mis ideales.

A mi padre Raymundo Jacobo Solís, porque con todo su esfuerzo y trabajo siempre ha luchado y me ha apoyado para que sea mejor cada día por sus sabios consejos y todo el amor brindado. Gracias por ser los mejores padres del mundo que dios me pudo dar por que sin importar las diferentes situaciones siempre me ha dado tiempo, se han esforzado y sacrificado a lo largo de su vida para educarme y convertirme en lo que soy ahora. Mis éxitos no son solo míos si no de Ustedes que los han seguido y guiado de muy cerca con ese apoyo incondicional que me han dado.

A mis sobrinos, María José y Ángel Eduardo, por inyectarme con toda esa energía y estar orgullosos de mí y por alentarme a seguir adelante para ser su mejor ejemplo. Los amo mis niños, y no hay día que no agradezca a Dios por darme la mejor familia del mundo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	2
Marco teorico conceptual	4
Estudios relacionados.	7
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Hipótesis	9
Definición de términos	10
Capítulo II	
Metodología	11
Diseño del estudio	11
Población muestra y muestreo	11
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	12
Instrumentos	13
Procedimiento de recolección de datos	15
Consideraciones éticas	16
Plan de análisis estadístico	18
Capitulo III	
Resultados	20
Características de los participantes	20
Consistencia interna de los instrumentos	20
Estadística descriptiva y prueba de normalidad	21
Contenido	

Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con y sin OA	22
Diferencias de acuerdo al género	24
Diferencias de acuerdo al dolor de las personas con OA	25
Relación entre funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en Personas con OA.	26
Capítulo IV	
Discusión	29
Conclusiones	32
Recomendaciones	32
Referencias	34
Apéndices	37
A. Levántese y Ande Cronometrado	38
B. COPCORD versión Corta	39
C. RAPA	43
D. CSFQ 14 Mujeres y Hombres	47
E. Consentimiento Informado	55

Lista de figuras

Figura	Páginas
1. Modelo de discapacidad de OA.	6

Lista de tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de CSFQ-14 por sexo.	20
2. Estadística descriptiva y distribución de variables.	22
3. Características de la variable finalidad física.	22
4. Características de la variable para la limitación sexual por dimensiones.	23
5. Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual por dolor.	24
6. Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual.	25
7. Diferencia de variables de acuerdo al diagnóstico.	26

Resumen

Lic. Brianda Anahí Jacobo López
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2015

Título del Estudio: FUNCIONALIDAD FÍSICA Y LIMITACIÓN PARA LA
ACTIVIDAD SEXUAL EN PERSONAS CON OSTEOARTITIS

Número de páginas: 67

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivo y Metodología del Estudio: El objetivo general fue comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre personas con OA y personas sin OA. Los objetivos específicos fueron: 1) Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con OA, 2) Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas sin OA, 3) Describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con OA de acuerdo al dolor. También se planteó la hipótesis, a menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con OA. Se tomaron como base los principales conceptos del Modelo de Discapacidad de la Osteoartritis. El diseño fue descriptivo-comparativo y correlacional. La población fueron personas mayores de edad de ambos sexos. El tamaño de la muestra fue de 220 participantes. El muestreo fue por conveniencia. Los instrumentos utilizados presentaron características psicométricas aceptables.

Conclusiones y contribuciones: El 80% de los participantes fueron del sexo femenino. La edad promedio fue de $M = 45.83$ años ($DE = 14.64$). El 48.2% de los participantes tiene OA. Las personas con diagnóstico de OA presentaron una media de funcionalidad física de $M = 2.29$ ($DE = .914$) y la mayoría se ubicaron en la categoría poco activo (60.4%). Las personas con OA presentaron una media por arriba del punto intermedio para limitación sexual de $M = 31.10$ ($DE = 10.76$), presentando puntajes más altos en la categoría de excitación $M = 8.64$ ($DE = 3.61$). Las personas sin diagnóstico de OA presentaron una media de funcionalidad física de $M = 3.23$ ($DE = 1.18$), el 50.6% se ubicaron en la categoría poco activo. Las personas con OA presentaron una media por arriba del punto intermedio para limitación sexual de $M = 32.97$ ($DE = 9.92$), presentando puntajes más altos en la categoría de excitación $M = 9.49$ ($DE = 3.56$). No se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad física ($U = 693.00$, $p = .34$) y la limitación para la actividad sexual ($U = 788.00$, $p = .97$) de acuerdo al dolor en personas con OA. Se encontró que a mayor funcionalidad física existía menor limitación para la actividad sexual ($r = .35$, $p < .01$) en personas con OA. Las personas con OA tienen menor funcionalidad física ($U = 5190.50$, $p < .05$) y mayor limitación para la actividad sexual ($U = 4765.00$, $p < .01$) que las personas sin OA. Se concluye que las personas con OA debido a su disminución en la funcionalidad física presentan mayor limitación para la actividad que las personas sin OA. Se recomienda integrar en la atención a personas con OA orientación acerca de sexualidad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La Osteoartritis (OA) es un problema de salud pública que afecta a más de 27 millones de personas lo cual constituye el 5% de la población mundial (Organización mundial de la salud [OMS, 2011]). En México, la prevalencia estimada de OA es de 10.5% en la población adulta, de estos el 26 % corresponde a los problemas músculo esqueléticos y el 30% padece alguna discapacidad (Loyola, Viada et al., 2011). En el estado de Nuevo León se estima que la OA afecta al 17% de la población adulta (Fundación Mexicana para Enfermos Reumáticos [FUJMERAC, 2014]).

La OA es una enfermedad crónica degenerativa del sistema músculo esquelético que afecta las articulaciones, caracterizada por la presencia de erosión en el cartílago articular, hipertrofia de los márgenes óseos articulares, esclerosis subcondrial, y alteraciones estructuro- bioquímicas en la membrana sinovial y cápsula articular. Esta enfermedad se manifiesta clínicamente por dolor, rigidez articular y deformidad (Louis et al 2012). Estas manifestaciones repercuten la calidad de vida de las personas ya que afecta en las actividades de la vida diaria. (Anarte et. al., 2007).

Uno de los principales problemas que se presentan en la mayoría de los pacientes con OA es la limitación en la funcionalidad física (Álvarez et. al., 2011). Ya que esta, es necesaria para satisfacer las necesidades implícitas de las personas y la pérdida de funcionalidad limita algunas actividades cotidianas, lo que ocasionan algunos trastornos de la movilidad y por ende, genera cambios importantes en las personas con OA (Prieto-Suarez, 2012). Además, el ejercicio físico aumenta la fuerza, energía y habilidad para realizar actividades cotidianas, y este tiene un efecto calmante, que reduce la tensión muscular y la ansiedad generada por el estrés.

Las articulaciones, la amplitud de movimientos o elasticidad; con respecto al sistema muscular incrementa la fuerza potencial, volumen, tono, resistencia y ayuda a prevenir trastornos relacionados con el movimiento. Los ejercicios de resistencia/fortalecimiento muscular también han mostrado efectos positivos en disminuir el dolor y aumentar la capacidad funcional. Tanto los ejercicios domésticos como los realizados en gimnasio son efectivos para las personas con OA (Murillo – Loo, 2007). Sin embargo, debido al deterioro óseo, la funcionalidad física se encuentra afectada, limitando las actividades de las personas que la padecen.

Por lo tanto, la OA puede afectar las actividades sexuales (AS), siendo este último aspecto, importante y central del ser humano que se relaciona íntimamente (Van Berlo, 2010). Hay que mencionar además, que cuando existe una limitación sexual es debido a circunstancias biológicas o psicosociales que se presentan en individuos con discapacidades tales como en la OA, la sexualidad se puede afectar de distintas maneras y aunque estas alteraciones no solo se manifiesten en el ámbito erótico, son las disfunciones sexuales el aspecto que más inquieta a las personas.

De acuerdo a esto es común que los pacientes con OA tengan limitada su actividad sexual debido al dolor principalmente que estas les ocasiona, que además incluye la fatiga o las dificultades de movilidad antes, durante y después de las relaciones sexuales, pero también existen casos de falta de lubricación, impotencia, y otras molestias que limitan la satisfacción de la actividad sexual (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica [COCEMFE 2013]).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que cuando una persona con OA tiene afectada su funcionalidad física es posible que su actividad sexual también este limitada. Esta relación ha sido estudiada por el Modelo de Discapacidad de la Osteoartritis que describe el proceso en el cual la OA afecta el funcionamiento a través del tiempo (Wang

et. al., 2005). Este modelo explica cómo la rigidez de las articulaciones y el dolor deterioran la funcionalidad física de las personas y por ende limitan su actividad sexual.

El dolor, la funcionalidad física y la limitación en la actividad sexual también juegan un papel importante en el proceso de la OA, ya que hay estudios que demuestran que el dolor y la fuerza de las rodillas, median los efectos de daño en las articulaciones en el rendimiento funcional, es por eso que las personas con OA a menudo restringen sus actividades para evitar el dolor asociado con el movimiento y con la debilidad muscular ya que los músculos pierden su capacidad para apoyar articulaciones portuarias y proteger (es decir, la absorción de choque, agudeza). Una articulación inestable es menos capaz de llevar el peso y es más difícil de mover.

Los daños causados por evitar actividad conducen a la debilidad muscular, dañando aún más la articulación. Es importante profundizar en las variables que se relacionan con la sexualidad de los pacientes con OA ya que esto permite conocer el potencial de que su patrón sexual se encuentre alterado y por ende exista una disfunción sexual. Conociendo lo anterior el personal de enfermería puede brindar cuidados con consejería sexual que incluyan un proceso interactivo de apoyo basado en la necesidades específicas de cada una de la personas ya que esto puede ayudar a enfrentar de una manera positiva los cambios que se presenten en su actividad sexual.

Además enfermería puede participar en conjunto con otras disciplinas y proporcionar una atención a las personas con OA brindándoles charlas para que conozcan el proceso de la OA, ya que la cura todavía no es tangible pero los síntomas pueden ser controlados y la discapacidad se puede retrasar mediante la práctica del ejercicio físico y además incluir una capacitación adecuada la cual incluya los aspectos sexuales. Por otra parte, aunque existen estudios de investigación en población adulta que han abordado la funcionalidad física y las limitaciones de la actividad sexual en personas con enfermedades músculo esqueléticas incluyendo la OA, no se han hecho

estudios que comprueben o especifiquen claramente la relación entre estas variables (Ambriz, Almagro, Campos & Cardiel, 2014).

Además no existe una claridad si la limitación para la actividad sexual está relacionada con el deterioro de la funcionalidad física producto de la rigidez y dolor causado en personas con OA o si esta limitación se debe a otras variables. Por lo que será de gran utilidad realizar una comparación entre la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre las personas con OA y las personas que no tienen OA.

Marco de teórico conceptual.

Para fines del presente estudio se tomaron como base los principales conceptos del Modelo de Discapacidad de la Osteoartritis de Wang, Chern y Chiou (2005). Este es un modelo de acción específica es una especie de descripción o representación de la realidad (hechos, situaciones, fenómenos, procesos, estructuras y sistemas, entre otros).

Para el desarrollo de este modelo los autores utilizaron como base el Modelo de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también conocido como CIF de Nagi (1991) el cual fue adaptado y utilizado por la OMS en el 2001. Este modelo CIF, es ampliamente aceptado y aplicado en otros modelos genéricos de discapacidad. El modelo postula que la discapacidad es una vía para describir la secuencia de los acontecimientos de la patología y sus diversos resultados funcionales, este afirma que la patología genera cambios que conducen a la pérdida de valor, limitación funcional y en última instancia a la discapacidad.

El modelo de Wang, Chern y Chiou (2005) toma como base los principales conceptos y realiza una adaptación del mismo para describir el proceso en el que la OA afecta el funcionamiento a través del tiempo. Este modelo hace una conexión en la secuencia de eventos que dan como resultado un daño en las articulaciones, dolor, debilidad muscular, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social de los que la padecen OA (Wang et. al., 2005).

El dolor y la debilidad muscular son factores que juegan un papel importante en el proceso de inhabilitación de la OA, puesto que representan el ciclo de la OA con una retroalimentación entre el daño articular, el dolor, la debilidad muscular y las limitaciones (Wang et. al., 2005). De acuerdo a esto, el presente estudio considera que los pacientes con OA restringen sus actividades para evitar el dolor asociado con movimiento. Los autores refieren que la actividad física se afecta por la debilidad muscular ya que los músculos pierden su capacidad para apoyar y proteger las articulaciones, es decir, pierde agudeza y estabilidad. Por tanto, una articulación inestable es menos capaz de soportar peso y es más difícil de mover por lo que el trauma acumulado debido a las articulaciones inestables y la marcha inadecuada puede dar lugar a la degeneración de las articulaciones y puede producirse daño de manera significativa causando discapacidad que puede conducir a la limitación de la actividad (Wang et. al., 2005).

Entonces, el deterioro músculo esquelético predice fuertemente la progresión de OA y el descenso funcional de las personas. Las limitaciones en la actividad anticipan la restricción en la participación, ya que una persona experimenta dificultades para realizar actividades debido al dolor y a la deformidad de la articulación, por lo que la OA afecta ambos dominios, las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de manera simultánea (Wang et. al., 2005). Para fines de este estudio se puede decir que el daño en las articulaciones y la debilidad muscular producen dolor lo cual disminuye la funcionalidad de las personas con OA y esto a su vez puede limitar su actividad sexual de manera general ya sea individual o en pareja.

El modelo también refiere que existen factores personales que afectan la funcionalidad física y la limitación de actividades cómo los factores socios demográficos. De acuerdo a esto se puede decir que es probable que existan diferencias en cuanto a estas dos variables de acuerdo al género.

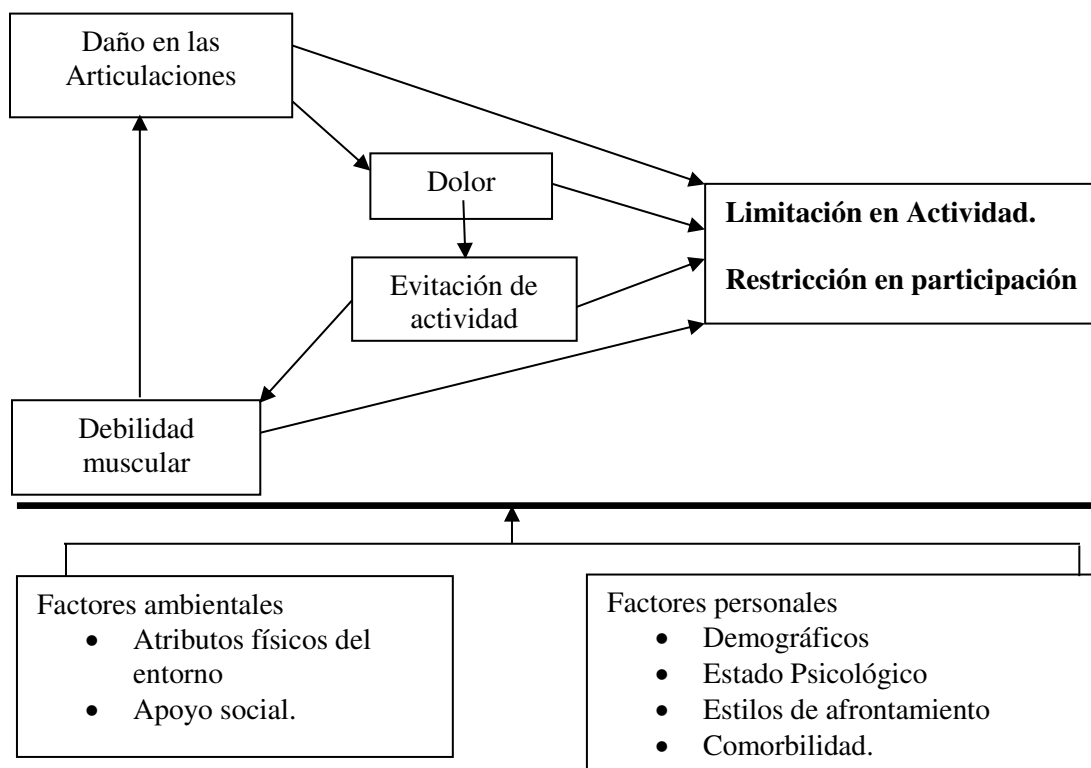


Figura 1. Modelo de discapacidad de OA.

Estudios relacionados.

A continuación se presentan los resultados de estudios que han utilizado las variables de interés.

Tristano (2012) realizó una investigación con el objetivo de describir el impacto de las enfermedades crónicas inflamatorias en la función sexual, mediante una revisión sistemática en la que se incluyeron 32 artículos. En los diferentes estudios se encontró que más del 60% de los pacientes con Artritis reumatoide (AR), han experimentado diferentes grados de discapacidad sexual y disminución en el deseo sexual, de igual manera las personas que presentaban mayor discapacidad funcional referían mayor insatisfacción sexual tanto en pacientes como en sus cónyuges.

Ambriz, Almagro, Campos y Cardiel (2014) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en personas con artritis reumatoide (AR) y osteoartritis (OA) el estudio fue de casos y controles con una muestra de 180 (100 controles, 40 AR y 40 OA). La edad promedio de los controles fue de 53 años con una ($DE= 11.2$) en el grupo de AR fue de 52.4 ($DE=16.2$) y en el grupo de OA fue de 63.4 ($DE=15.2$). La funcionalidad física fue menor en las personas con AR y OA que en la personas sin AR y OA ($M=53.37$ [$DE=30.5$], $M=56.6$ [$DE=30.1$] vs $M=85.9$ [$DE=17.8$]) respectivamente, $p < .001$. En conclusión las personas con enfermedades reumáticas presentan menor funcionalidad física.

Friedman, Fuentes, Flores, Gudiño y Valdez (2011) realizaron una investigación con la finalidad de evaluar la percepción sexual, depresión y autoestima en mujeres con enfermedades reumáticas comparado con un grupo control. El diseño de esta investigación fue de casos y controles con $n = 41$ (16 casos, y 25 controles). Los resultados señalan que las pacientes presentan menor función sexual en comparación con los controles ($M=27.3$ [$DE= 8.6$] vs $M=35.9$ [$DE=6.8$]), $p < .001$.

Uchoa et. al., (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal con una muestra de 370 mujeres sanas de mediana edad (40 a 65 años), con el objetivo de

investigar la relación entre el nivel de actividad física y la función sexual, dando como resultado que las mujeres físicamente activas obtuvieron mayores resultados en la función sexual (20.9%), en todos los dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción), comparadas con las moderadamente activas (18.8%) y las sedentarias (15.6%).

Helland et. al., (2011) realizaron un estudio cualitativo con una muestra de 23 participantes hombres y mujeres mayores de 18 años con un tiempo de diagnóstico de 2 años o más, con el objetivo de explorar como las relaciones íntimas y la sexualidad están influenciados por las enfermedades. Los informantes refieren que existen cambios en su aspecto físico y la pérdida de bienestar físico, competencia y función física, sin embargo, lo que los limita es el dolor producido por la enfermedad.

Plata, Castillo y Guevara (2005) realizaron un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 70 pacientes de ambos sexos, con un rango de edad de 30 a 65 años, referidos por la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición “Salvador Subirán”. En el cual propósito fue evaluar diferentes variables psicológicas de los pacientes con dolor crónico y conocer si existe una relación significativa en cada una y la tipografía del dolor. Se obtuvo como resultado que las variables de intensidad y duración del dolor no se correlacionaron con la incapacidad funcional por dolor en tres áreas: trabajo, vida social y actividades de tiempo libre, y vida familiar/responsabilidades en casa ($p > .05$).

En síntesis los estudios fueron una revisión sistemática, dos transversales, uno cualitativo, uno de casos y controles y un descriptivo correlacional. Con poblaciones de sexo femenino y masculino con edades que oscilan desde los 18 a 65 años, realizados en países como Estados Unidos, México y Brasil, estos abordan en conjunto y/o por separado las variables de funcionalidad física, función sexual y dolor en personas con enfermedades músculo esqueléticas. Después de la revisión se concluye que la

funcionalidad física y la actividad sexual se ven disminuidas en personas con enfermedades músculo esqueléticas.

Existe evidencia para decir que la funcionalidad física se relaciona con la limitación de la actividad sexual, pero no está claro si la limitación en la actividad sexual está relacionada con la funcionalidad física en todas las personas o sólo en los pacientes que padecen OA.

Objetivo General

Comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis.

Objetivos Específicos

1. Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis.
2. Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas sin osteoartritis.
3. Describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo al dolor.

Hipótesis

1. A menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis.

Definición de términos

Funcionalidad física: son las actividades y movimientos corporales producido por los músculos esqueléticos que exija gasto energético de las personas estas incluyen actividades de la vida diaria, actividades moderadas y vigorosas, la cual será evaluada utilizando la escala Assesment Physical Activity (RAPA) de Topolski et al., (2006).

Limitaciones para la actividad sexual: Restricción o impedimento de un fenómeno relacionado con la reproducción, cuyas características específicas son; capacidad de lograr la satisfacción sexual y responder afectivamente a la relación sexual de pareja lo cual será medido por la versión en español del cuestionario Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14) de Keller, McGarvey y Clayton (2006).

Dolor: Sensación molesta de una parte del cuerpo a causa de inflamación o rigidez en las articulaciones lo cual será evaluado por dos reactivos del cuestionario (COPCORD) Comunidad para el Control de Enfermedades Reumáticas versión corta adaptada al español. ¿Ha tenido usted dolor, inflamación o rigidez en los últimos 7 días en alguna de estas partes? ¿Ha tenido usted dolor, inflamación o rigidez alguna vez en su vida?

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el diseño del estudio, posteriormente la población, los criterios de inclusión y exclusión, instrumentos utilizados, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas que guiarán el estudio y el plan de análisis de resultados.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo-comparativo y correlacional, tratándose de un estudio tipo encuesta. Una de las ventajas de esta metodología es que nos permite describir de manera global el fenómeno, en este caso se compararon las variables de funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis y en personas sin osteoartritis. Este tipo de diseño resulta apropiado para esta investigación para determinar si existe asociación entre un evento y la exposición a un determinado factor. Este consiste en seleccionar a los individuos que padecen la enfermedad, y a individuos libres del evento. Posteriormente se compararán ambos grupos en relación a la exposición al factor en estudio.

El primer grupo fueron personas con diagnóstico de osteoartritis y el segundo grupo fueron las personas sin diagnóstico de osteoartritis.

Población, muestra y muestreo

Los participantes fueron tomados de un estudio central que lleva por nombre “Desarrollo de un programa de rehabilitación para prevención de discapacidad, integrando la perspectiva de la comunidad, en pacientes con osteoartritis en comunidades de Nuevo León”. Financiado por CONACYT (PCPN2013-01). La muestra fue recolectada a la par con la recolección de datos del estudio mencionado anteriormente. Para el presente trabajo se consideraron el total de los datos recolectados

hasta el 30 de Octubre 2015 y se utilizó el número total de participantes con osteoartritis y sin osteoartritis para su análisis. La recolección de datos se realizó en dos comunidades del área metropolitana de Monterrey. El muestreo fue por conveniencia ya que se eligieron todos los participantes de ambos sexos que cumplieran con los criterios de inclusión. Quedando una muestra final de 220 participantes.

Criterios de inclusión

Tener 18 años en adelante, que supieran leer y escribir, haciéndoles una pregunta filtro ¿sabe usted leer y escribir? Para que las personas pudieran contestar los cuestionarios, además de tener al menos 6 meses viviendo en el domicilio, haber tenido por lo menos alguna vez en su vida relaciones sexuales, por lo que solamente se incluyeron aquellos que contestaron Sí a la pregunta ¿ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida?

Para el primer grupo se incluyeron las personas diagnosticadas con osteoartritis y que refirieran dolor el cual fue evaluado por los criterios del Programa Orientado a la Comunidad en las Enfermedades Reumáticas a través del instrumento. (COPCORD) y el diagnóstico médico de osteoartritis el cual fue realizado por un médico residente.

Para el segundo grupo del total de la muestra recolectada se incluyeron a hombres y mujeres sin diagnóstico de osteoartritis y que tuvieran completos los cuestionarios de RAPA y CSFQ-14.

Criterios de exclusión

Se excluyeron a las personas que tuvieran alguna limitación física, por lo que se omitieron a las personas que no pudieron terminar el instrumento de Levántese y ande cronometrado (Apéndice A), el cual consiste en sentarte en una silla y levantarse sin ningún tipo de apoyo (brazos, andadera o bastón), caminar en línea recta tres metros de distancia, regresar y sentarse de nuevo, durante este procedimiento se le toma el tiempo

con un cronometro. Quien no pudo completar esta actividad no fue incluida(o) en el estudio.

Instrumentos

Para evaluar los criterios de inclusión y el dolor se utilizó el instrumento del (Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases) Programa Orientado a la Comunidad para el Control de Enfermedades Reumáticas COPCORD versión corta adaptada al español.(Guevara et. al., 2014). Es un instrumento aplicado en población mayor a 18 años, este instrumento tiene tres secciones:

La sección A) que son las comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, cardiaca la enfermedad, la depresión, la ansiedad, tabaquismo y alcoholismo) la cual cuenta con tres ítems un ejemplo de pregunta es ¿alguna vez fumo un cigarrillo? Esta sección tiene respuestas dicotómicas las opciones de respuestas son sí o no. La sección B) antecedentes, tiene cuatro ítems algunos ejemplos de preguntas son ¿Cuántos años tiene? ¿Cuál es su estado civil?, las opciones de respuesta son variadas.

La sección C) dolor, inflamación y rigidez, tiene 10 ítems muestra una figura del cuerpo humano de frente y de espalda, además de una escala de valoración análoga del 1 al 10 donde 1= significa no tener dolor y 10= significa mucho dolor, algunos ejemplos de preguntas de esta sección son: ¿ha tenido dolor, inflamación o rigidez en los últimos siete días en alguna de estas partes? (Apéndice B), ¿se debe esta molestia a un traumatismo? (torcedura, golpe, caída), en caso de responder positivo alguna de estas preguntas, se aplica la última parte de esta sección que es la C10 con ejemplos de pregunta como ¿para este dolor a utilizado usted algún medicamento?. El COPCORD tiene una confiabilidad de alpha de cronbach de .81 a .95. (Burns & Grove, 2012).

La funcionalidad física fue medida a través del cuestionario Rapid Assesment Physical Activity (RAPA) (Topolski et al., 2006) (Apéndice C) que evalúa el nivel de intensidad de actividad física en su versión 1.0 adaptada al español en el mes de

septiembre del año 2014. Con el objetivo de proporcionar un medio de evaluar los niveles de intensidad en actividades físicas de las personas relacionada con la cantidad de energía que se utiliza haciendo estas actividades, este cuestionario fue aplicado por el encuestador, tiene nueve reactivos para medir el nivel de actividad física.

Algunas preguntas de este cuestionario son: para medir el nivel de actividad física: ¿hago actividades físicas ligeras? ¿Hago actividades físicas moderadas? ¿Con que frecuencia? ¿Por cuánto tiempo? Las primeras preguntas con respuestas dicotómicas (si o no) y las preguntas restantes son respuestas en mediciones de días y minutos. Además mide la fuerza y flexibilidad, las opciones de preguntas son: ¿hago actividades para aumentar a fuerza muscular? como levantamiento de pesas, una o más veces por semana. Se evaluó de la siguiente manera, para categorizar el nivel de actividad física, se eligen las respuestas que sean afirmativas en todos los casos en particular, si el número seleccionado es menor a seis; esto significa que su nivel de actividad física se encuentra por debajo de lo recomendable y del número seis hacia arriba se encuentra dentro de lo recomendable.

Para darles una etiqueta de acuerdo a la puntuación fue de la siguiente manera. Se considera **sedentarios** si: 1) nunca o casi nunca hago actividad física. Se considera **poco activo** si: 2) hago algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas, pero no cada semana. Se considera **poco activo regular ligero** si: 3) hago algunas actividades físicas ligeras cada semana. Se considera **poco activo regular** si: 4) hago actividades físicas **moderadas** cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días. 5) hago actividades físicas **vigorosas** cada semana, por menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días. Se considera **activo** si: 6) hago 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, 5 o más días por semana. (Topolski et al., 2006). El instrumento tiene validez de constructo ya que el instrumento del RAPA se ha relacionado con el instrumento del CAMPEONES (CHAMPS) que mide la actividad física con ($r = .97$; $p < .001$;) (Downton, 2006).

La limitación para la actividad sexual fue medida, con el Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14; Keller, McGarvey & Clayton, 2006), versión en español. Este cuestionario está constituido por 14 ítems, que permiten evaluar el funcionamiento sexual. El cuestionario presenta una versión para hombres y otra para mujeres (Apéndice D). Algunos ejemplos de preguntas son: comparado con la vez más placentera de su vida ¿Cuánto placer en su vida sexual experimenta ahora? ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual actualmente? ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual? Las respuestas tipo Likert varían de entre 1= nunca hasta 5= diariamente.

La versión española tiene 5 dimensiones descritas, y sus coeficientes de consistencia interna oscilan entre .75 y .82. este instrumento se evalúa en cinco dimensiones (placer, ítem 1, deseo – frecuencia ítems 2 y 3, deseo-interés ítems 4, 5, y 6, excitación, ítems 7, 8,9 y 10 orgasmo, ítems 11, 12, 13 y 14). Este instrumento tiene una consistencia interna entre 0.75 y 0.82 de alpha de cronbach. (Burns & Grove, 2012).

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitaron los permisos correspondientes a los investigadores principales del proyecto Central para integrarse durante la recolección de datos de la prueba piloto y la recolección de datos definitiva de este proyecto, así como, para utilizar los datos. La cual fue recolectada por la estudiante de maestría y ocho colaboradores.

De acuerdo a lo establecido en el proyecto, para iniciar la recolección de datos se obtuvo el total de manzanas en la comunidad el muestreo fue por conveniencia, donde se visitó en los domicilios y posteriormente la recolecta fue en el Centro de Salud donde se les invito a participar a las personas mayores de 18 años y que tuvieran más de 6 meses viviendo en esa comunidad, a las personas que decidieron participar se les explico la finalidad del estudio. Antes de iniciar con la aplicación de los cuestionarios se le leyó un consentimiento informado (Apéndice E), donde se les explico el propósito del estudio,

los beneficios y los riesgos que tendrían al participar en él y una vez dada la información, se le pidió a la persona que firmara el consentimiento informado.

Para seleccionar el grupo uno se evaluó con el instrumento COPCORD. En caso de salir positivo. Se le informo al médico para que visitara el domicilio y le hiciera una valoración y las pruebas correspondientes para diagnosticar a las personas con osteoartritis. El grupo dos fueron todas aquellas personas que no salieron positivas en el COPCORD y que no tenían diagnóstico previo de osteoartritis. Posteriormente se les realizó la prueba de Levántate y Anda Cronometrado. Finalmente se les pidió que contestaran el cuestionario de RAPA y el de cambios en la función sexual (CSFQ-14). Una vez contestados dichos cuestionarios se hizo el mismo procedimiento con el resto de las personas que vivían en el domicilio y que fueran mayores de 18 años.

Si por alguna razón alguna persona decidió no participar, se respetó su decisión y esto no afecto la participación del resto de las personas. Al terminar se les agradeció su participación y se colocaron todos los cuestionarios en un lugar seguro, donde sólo tiene acceso el investigador principal.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). En donde se establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación, de acuerdo al artículo 14, fracción VII, con base en el cuál el estudio se sometió a aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y se aprobó por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario con el numero No. de Registro RE13-020. Para este estudio se solicitaron los permisos correspondientes a los investigadores principales del proyecto Central, ya que el

presente trabajo se realizó con seres humanos, esto de acuerdo al artículo 14, fracción V y VII.

Por tal motivo se consideró lo establecido en el título segundo; capítulo I, artículo 13, referente a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, para tal efecto existió privacidad en los datos obtenidos al no colocar los nombres de los participantes en los cuestionarios que se utilizaron; los cuales fueron resguardados por la autora del estudio, por un lapso de un año y al vencimiento de éste fueron destruidos. El capítulo I, artículo 16, establece la protección a la privacidad del participante por lo que los resultados del estudio sólo se presentaron en forma general.

El artículo 17, fracción II, éste estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron algunas variables sensibles respecto a la sexualidad, además se aplicó un cuestionario, de cambios en la función sexual. Asimismo, se realizaron mediciones, las cuales no afectaron la integridad física ni psicológica de los integrantes que participaron en el estudio. Como lo marca el artículo 16, se respetó la confidencialidad de los datos guardándolos en una lugar seguro bajo llave, en donde sólo el investigador principal tiene acceso. También se respetó el anonimato, ya que en los instrumentos y las mediciones solo contenían el código que se le asignó a cada participante.

Considerando lo estipulado en el Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII, previo al inicio del estudio se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario con el numero No. de Registro RE13-020 para garantizar que se cumpliera con los principios éticos y científicos que justificaron el estudio. Asimismo, se contó con la autorización de los directivos correspondientes o los encargados de las manzanas de la colonia que se eligieron para el estudio y se les explico que aún y cuando ellos ya hayan autorizado que

la realización del estudio, el consentimiento sobre la participación de cada integrante de la familia fue de forma voluntaria.

Previo al llenado de los cuestionarios y de las mediciones, se les entrego un consentimiento informado (Apéndice D) por escrito, donde en común acuerdo con el investigador, autorizo su participación en la investigación dejando claro que aunque lo hubiese firmado tenía el derecho de retirar su participación cuando él o ella lo decidiera (Artículo 20). Como lo dispone el Artículo 21, este consentimiento explicaba de forma clara el propósito del estudio, los procedimientos que se realizaron, las molestias esperadas, el derecho a recibir respuestas a las dudas y la seguridad de que se protegió su identidad (fracciones I, III, VI, VII, VIII). Cabe destacar que la forma de consentimiento que se utilizó en el presente estudio fue autorizada por el Comité de Ética, tal y como lo estipula el Artículo 22.

Plan de análisis estadístico

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva en los objetivos 1 y 2 para describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con y sin osteoartritis. Por lo que se obtuvieron medias, medianas y medidas de tendencia central. Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección Lilliefors para determinar la normalidad de las variables de estudio.

Para el objetivo 3 describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo a su nivel de dolor, se utilizó la U de Mann Whitney para probar la diferencia de los pacientes con OA de acuerdo al dolor.

En el caso de la hipótesis que dice que a menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis. Se utilizó la prueba de

correlación de Spearman considerando la normalidad de las variables y su relación entre sí. Finalmente para cumplir con el objetivo general del estudio que es comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis se realizó también una U de Mann Whitney para determinar la diferencia entre los dos grupos.

Capítulo III

Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio, se inicia con las características generales de los participantes, la confiabilidad de los instrumentos, datos descriptivos y prueba de la normalidad para las variables de estudio finalmente se presentan las pruebas estadísticas para cada uno de los objetivos e hipótesis.

Características de los participantes

La muestra fue de 220 participantes. El 80% de los participantes fue del sexo femenino. La edad promedio es de $M = 45.83$ años ($DE = 14.638$). Del total de la muestra el 48.2% de las personas tuvieron diagnóstico de OA y el resto no lo tiene.

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 1, se presenta la confiabilidad del CSFQ-14, versión para mujeres y para hombres utilizado en este estudio así como sus subescalas. Se puede apreciar que los coeficientes alpha de Cronbach oscilaron en un rango aceptable (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1.

Consistencia Interna de CSFQ- 14 por sexo

Instrumentos	Reactivos	Alpha Cronbach
CSFQ14 – Mujeres.	1-14	.90
Placer.	1	N/A
Deseo- frecuencia.	2,3	.81
Deseo-interés.	4,5,6	.86
Excitación.	7,8,9,10	.82
Orgasmo.	11,12,13,14	.82

Nota: (n= 176) N/A= No aplica

(Continuación)

CSFQ14 – Hombres.	1-14	.93
Placer.	1	N/A
Deseo- frecuencia.	2,3	.96
Deseo-interés.	4,5,6	.82
Excitación.	7,8,9,10	.90
Orgasmo.	11,12,13,14	.84

Nota: (n = 44) N/A= No aplica

Para evaluar la funcionalidad física se utilizó el instrumento RAPA el cual presentó una validez de constructo aceptable para la subescala RAPA aeróbicos ya que al correlacionarlo con la categoría de actividad física presentó una correlación alta ($r = .82$, $p < .05$).

Estadística descriptiva y prueba de normalidad

En la tabla 2, se presentan los datos descriptivos de las variables de los estudios en base a la puntuación total. La funcionalidad física y de la limitación para la actividad sexual. Se realizó la prueba de Kolmogórov Smirnov, a las variables de funcionalidad física y limitación para la actividad sexual y se encontró que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal $p < .01$.

Para describir el dolor se utilizó la pregunta ¿ha tenido dolor inflamación o rigidez los últimos 7 días? , del total de la muestra $n = 220$ las personas que presentaron dolor fue el 69.3% mientras el resto contestó no presentaba dolor.

Tabla 2

Estadística descriptiva y distribución de variables

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	
				<i>Mínimo</i>	<i>Máximo.</i>
Fun Física	220	2.29	.91	1	6
Lim. Sex	220	31.10	10.76	14	55

Nota: Fun Fisica= Funcionalidad Física, Lim.Sex = Limitación para la actividad sexual

Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con y sin OA

Para responder a los objetivos específicos uno y dos, que refieren describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con y sin OA, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las categorías del RAPA y estadística descriptiva para el puntaje total del RAPA y la escala y subescalas del CSFQ-14.

Las personas con diagnóstico de OA presentaron dentro de la funcionalidad física $M= 2.29$ ($DE=.914$) presentaron mayor porcentaje en la categoría poco activo 60.4%, y las personas sin diagnóstico de OA presentaron mayor porcentaje en la categoría poco activo 50,6% (ver tabla 3).

Tabla 3

Características de la variable funcionalidad física

Funcionalidad física por categorías (RAPA)	Diagnostico			
	Con OA		Sin OA	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sedentario	15	14.2	7	6.1
Poco activo	64	60.4	68	50.6
Poco activo regular ligero	20	18.9	28	24.6
Poco activo moderado	6	5.7	8	7.0
Poco activo vigoroso	0	0.0	11	0.9
Activo moderado	1	0.9	2	1.8

Nota: (n = 220) F= frecuencia

En la tabla 4, se puede apreciar que las personas con diagnóstico de OA presentaron mayor limitación sexual en la categoría de excitación $M=8.64$ ($DE=3.61$) y las personas sin diagnóstico de OA presentaron mayor limitación sexual en la categoría de excitación la $M=9.49$ ($DE=3.56$)

Tabla 4

Características de la variable limitación para la actividad sexual por dimensiones.

Variable	Min	Max	Con OA		DE
			Mediana	Media	
Limitación Sexual.	14	55	29	29.08	11.29
Placer	1	5	3	2.49	1.25
Deseo Frecuencia	2	9	5	4.48	2.14
Deseo interés	2	11	5	4.99	2.24
Excitación	4	18	9	8.64	3.61
Orgasmo	4	16	9	8.31	3.63
			Sin OA		
Limitación Sexual	14	55	34	32.97	9.92
Placer	1	5	4	3.23	1.18
Deseo frecuencia	2	10	6	5.80	1.88
Deseo interés	3	12	5	5.35	2.33
Excitación	3	18	10	9.49	3.56
Orgasmo	4	16	9	8.97	3.41

Nota: OA= osteoartritis DE= desviación estándar

Diferencias de acuerdo al dolor de las personas con OA

Para responder el objetivo tres, que habla sobre describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con OA de acuerdo al dolor, se realizó una prueba U Mann-Witney. No se presentaron diferencias significativas para ninguna de las variables de estudio de acuerdo al dolor (ver tabla 5).

Tabla 5

Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual por dolor.

Variables	Ha presentado dolor en los últimos siete días?		<i>U Mann-Witney</i>	<i>p</i>
	Si	No		
	<i>M</i>	<i>M</i>		
Lim. Sex	51.24	64.56	593.0	.093
Placer	53.55	53.28	788.0	.972
Deseo frecuencia	51.64	62.58	628.5	.161
Deseo interés	51.87	61.47	648.5	.213
Excitación	50.43	65.44	559.0	.053
Orgasmo	51.08	65.33	579.0	.070
RAPA	54.63	48.00	693.0	.343

Nota= RAPA= funcionalidad Física, Lim.sex= limitación sexual, $p < .05$

Relación entre funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con OA.

Para comprobar la hipótesis de estudio acerca de la relación negativa entre la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual. Cabe destacar que en el RAPA puntajes mayores significan mayor funcionalidad física por el contrario en la

escala CSFQ-14, dónde a menor puntaje existe una mayor limitación para la actividad sexual. De acuerdo esto se puede explicar las correlaciones positivas. Se encontró que a mayor funcionalidad física existía mayor placer ($r=.35, p<.01$), mayor deseo-frecuencia ($r=.23, p<.01$), mayor excitación ($r=.28, p<.01$) y mayor orgasmo ($r=.35, p<.01$).

Tabla 6

Relación entre funcionalidad física y limitación para la actividad sexual.

	Funcionalidad Física
Limitación sexual.	.322**
Placer	.353**
Deseo-Frecuencia	.235*
Deseo-Interés	.098
Excitación	.281**
Orgasmo	.354**

Nota: * $p<.05$, ** $p<.01$

Diferencias en las variables de estudio de acuerdo al diagnóstico de OA.

En la tabla nueve se presentan las diferencias en las variables de acuerdo al diagnóstico esto para dar respuesta al objetivo general sobre comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con OA y sin OA.

En el instrumento de RAPA en una puntuación de 1 a 6 a menor puntuación menor funcionalidad física, en la variable de limitación a menor puntuación, mayor limitación para la actividad sexual, en el RAPA las personas Con OA tienen menor Funcionalidad física ($p<.05$) y en la limitación para la actividad sexual las personas con OA presentaron menor puntuación en todas las categorías placer, deseo frecuencia, deseo

interés, excitación y orgasmo), por ende las personas con diagnóstico de OA tienen menor funcionalidad Física y mayor limitación para la actividad sexual.

Tabla 7

Diferencia de variables de acuerdo al diagnóstico.

Variables	Con OA	Sin OA	<i>U Mann-Witney</i>	<i>P</i>
	M	M		
RAPA	102.47	117.97	5190.5	.040
Lim. Sex	98.45	121.70	4765.0	.007
Placer	91.55	128.1	4033.5	.000
Deseo frecuencia	73.74	104.7	2542.0	.000
Deseo interés	105.1	114.4	5474.0	.217
Excitación	102.0	117.3	5147.0	.072
Orgasmo	103.9	116.5	5349.5	.139

Nota= RAPA= funcionalidad Física, Lim.sex= limitación sexual. $P < .05$

Capítulo IV

Discusión

El propósito de este estudio fue comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre las personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis en una muestra de 220 participantes de una comunidad del área Metropolitana de Monterrey N. L. de edades a partir de los 18 años. A continuación se discuten los resultados obtenidos para el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis de estudio. Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones que se consideraron pertinentes.

Existe diferencia entre las personas con OA y las personas sin OA en cuanto a la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual, aquellas personas con OA presentaron menor funcionalidad física y mayor limitación para la actividad sexual, es decir que las personas con OA tienen mayor dificultad para realizar actividades físicas de la vida diaria, entre las que se encuentran la capacidad para alimentarse, vestirse, bañarse, el poder cocinar, ir de compras, limpieza del hogar, lavar ropa, las moderadas y vigorosas por lo tanto los limita a relacionarse íntimamente. Tristano (2011) al igual que en nuestro estudio refiere que las personas que presentan mayor discapacidad funcional referían mayor limitación al momento de relacionarse sexualmente.

Así mismo lo marcan la teoría de discapacidad de la OA de Wang, Chern y Chiou (2005), esta representa el ciclo de la OA con una retroalimentación entre el daño articular, el dolor, la debilidad muscular y las limitaciones, de acuerdo con esto se considera que los pacientes con OA restringen sus actividades para evitar el dolor asociado con el movimiento. Los autores refieren que la funcionalidad física se afecta por la debilidad muscular ya que los músculos pierden su capacidad de apoyar y proteger las articulaciones, es decir que pierden agudeza y estabilidad. Por lo tanto una articulación inestable soporta menos peso y es menos capaz de mover, causando que las articulaciones inestables y la marcha inadecuada den lugar a la degeneración de las

articulaciones y se produce un daño causando discapacidad que puede conducir a la limitación de la actividad.

Las personas sin OA presentaron puntajes aparentemente más altos en la limitación para la actividad sexual que las personas diagnosticadas con OA. Es decir que las personas sin OA tienen menor limitación para la actividad sexual que las personas con OA, estas presentan menor puntaje por lo cual existe una limitación en su actividad sexual esto debido a que la OA produce rigidez y algunos cambios físicos los cuales limita su actividad sexual Helland et, al.,(2011) concuerda con los resultados del estudio el refiere que las personas con OA presentan cambios en su aspecto físico y pérdida de bienestar físico y función física, producido por la enfermedad por lo que limita su actividad sexual, al momento de relacionarse íntimamente.

No se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo al dolor, no hubo diferencias en la funcionalidad física debido a lo encontrado en este estudio ya que las personas con OA presentaron puntajes bajos en cuanto a su funcionalidad física siendo personas poco activas, de igual manera no hubo diferencias significativas en la limitación para la actividad sexual en las personas con OA por presencia del dolor. Plata, Castillo y Guevara (2005) contrario a lo encontrado en el estudio realizado nos dicen que el dolor está relacionado con la incapacidad funcional, y la presencia del dolor limita a las personas a la realización de actividades sexuales y actividades tales como el trabajo, vida social y actividades de la vida diaria.

La teoría de discapacidad de OA, nos dice las limitaciones en la actividad anticipan la restricción en la participación, ya que una persona experimenta dificultad para realizar actividades de acuerdo al dolor y deformidad en la articulación por lo que la OA afecta ambos dominios, por lo que se puede decir que el daño en las articulaciones y dolor muscular producen dolor lo cual disminuye la funcionalidad de las

personas con OA y esto a su vez puede limitar su actividad sexual de manera general ya sea individual o en pareja.

A menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis. Las personas con OA presentaron menor funcionalidad física y por ende se ve limitada su actividad sexual en este estudio se encontró que a mayor funcionalidad física en las personas con OA existe mayor placer, mayor deseo frecuencia, mayor excitación y mayor orgasmo en cuanto a su actividad sexual. Lo anterior coincide con Uchoa et., al., (2014), quien reporto en su estudio que las personas físicamente activas obtuvieron mayores resultados en la función sexual en todos sus dominios, deseo, excitación, satisfacción y orgasmo.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, el muestreo fue no probabilístico lo cual afecta la representatividad de la población de estudio. Otra limitante fue la sensibilidad acerca de abordar temas de sexualidad y debido a esto algunos participantes se negaron a participar en el estudio.

Conclusiones

Existe diferencia entre las personas con OA y las personas sin OA en cuanto a la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual.

La funcionalidad física tanto en personas con OA y sin OA presentó puntajes bajos y en su mayoría las personas son poco activas.

Las personas sin OA presentaron puntajes aparentemente más altos en la limitación para la actividad sexual que las personas diagnosticadas con OA.

No se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo al dolor.

A menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis.

Recomendaciones.

Para futuras investigaciones se pueden abordar estas variables desde la perspectiva cualitativa para conocer a profundidad este fenómeno, debido a que claramente las personas con OA son poco activas y presentan mayores limitaciones para la actividad sexual. Como aportación a la disciplina de enfermería, se recomienda el planteamiento de intervenciones en conjunto con otras disciplinas, que incluyan la consejería sexual, procesos interactivos de apoyo basado en las necesidades de cada una de las personas y de esas manera ayudarlos a enfrentar de una manera positiva los cambios en su actividad sexual. Enfermería también puede asistir al equipo de rehabilitación para lograr mayor nivel funcional y un estado psicológico optimo en las personas que padecen OA.

Referencias

- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. d. C., Eleutério, J. J., Giraldo, P. C., & Gonçalves, A. K. (2014). Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(1), 47-52.
- Castro Ferreira, C., da Mota, L. M. H., Oliveira, A. C. V., de Carvalho, J. F., Lima, R. A. C., Simaan, C. K., dos Santos Neto, L. L. (2013). Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(1), 35-46.
- Programa de la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.
- Gaspar-Carrillo, S. P., Guevara-López, U. M., Covarrubias-Gómez, A., Leal-Gudiño, L., & Trejo-Ángeles, B. (2007). Evaluación de la funcionalidad en el paciente con osteoartritis degenerativa. *Rev Mex Anest*, 30(1), 20-25.
- González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *REVISTA-SOCIEDAD ESPANOLA DEL DOLOR*, 14(6), 422.
- Helland, Y., Kjekshus, I., Steen, E., Kvien, T. K., Hauge, M. I., & Dagfinrud, H. (2011). Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies. *Arthritis care & research*, 63(5), 743-750.
- Hernández-Cáceres, A. E., Rodríguez-Amado, J., Peláez-Ballesteros, I., Vega-Morales, D., & Garza-Elizondo, M. A. (2015). Factors associated with treatment of osteoarthritis: Analysis of a COPCORD study in Nuevo León, México. *Reumatología Clínica*.

- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52.
- Llerena, G. A. R., Coello, A. P., Toledano, M. G., Martínez, A. H., Aguilera, I. R. L., Mederos, I. F., . . . Moya, R. T. (2003). Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con Artritis Reumatoide.(CU-HAQ). *Revista Cubana de Reumatología*, 4(1), 43-55.
- Murphy, L., & Helmick, C. G. (2012). The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(3), S13-S19.
- Peláez-Ballesteros, I., Sanin, L. H., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyei, J., Burgos-Vargas, R., Garza-Elizondo, M., . . . Zamudio, J. (2011). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *The Journal of Rheumatology*, 86, 3-8.
- Rosenbaum, T. Y. (2010). Musculoskeletal pain and sexual function in women. *The journal of sexual medicine*, 7(2pt1), 645-653.
- Topolski, T. D., LoGerfo, J., Patrick, D. L., Williams, B., Walwick, J., & Patrick, M. M. B. (2006). Peer Reviewed: The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) Among Older Adults. *Preventing Chronic Disease*, 3(4).
- Tristano, A. G. (2009). The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology international*, 29(8), 853-860.
- Van Berlo, W. T., van de Wiel, H. B., Taal, E., Rasker, J. J., Schultz, W. C. W., & van Rijswijk, M. H. (2007). Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clinical rheumatology*, 26(1), 30-38.
- Wang, T. J., Chern, H. L., & Chiou, Y. E. (2005). A Theoretical Model for Preventing Osteoarthritis-Related Disability. *Rehabilitation Nursing*, 30(2), 62-67.

Xibillé-Friedmann, D., Álvarez-Fuentes, M., Flores-Flores, G., Gudiño-Quiroz, J., & Cruz-Valdez, A. (2005). Percepción de la Sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatología Clínica, 1*(1), 20-24.

Apéndices

Apéndice A

Levántese y Ande Cronometrado

Especificar la altura de la silla utilizada para la prueba _____ cm.

(Medir del piso al asiento)

Necesita ayuda para levantarse de la silla

Sí No

En caso de responder Si, especifique: _____

¿Necesita ayuda para asistir o facilitar la marcha?

Sí No

En caso de responder Si, especifique el instrumento utilizado: _____

Fecha: _____

Prueba: _____ segundos (levántese y ande (Cronometrado)).

Notas:

Somatometria

Peso: ____ kilogramos | Estatura: ____ centímetros | circunferencia de la cintura: ____

Centímetros.

Apéndice B

COPCORD | Versión Corta

Sección A | Explicación del Estudio

En nuestro estado de Nuevo León, 17% de las personas padecen osteoartritis (OA), enfermedad que constituye la causa más frecuente de discapacidad atribuye a una enfermedad reumática. Tan solo el 3% de La Población Neolonesa recibe algún servicio de salud relacionado a este concepto. El propósito de este estudio es la obtención de datos que ayuden a establecer un programa comunitario de rehabilitación que ayude a prevenir y disminuir la discapacidad provocada por OA en la población del estado de Nuevo León.

Sección A1 | comorbilidades

Marque con una x según la respuesta que corresponda

Diabetes (azúcar en sangre)	Sí	No	¿alguna vez fumó un cigarrillo?
Hipertensión arterial	Sí	No	
Problemas del corazón	Sí	No	¿Cuántos días fumó en el último mes?
Adicción al alcohol	Sí	No	0 días
Chagas (Vinchuca)	Sí	No	1 o 2 días
TBC (problemas en los pulmones)	Sí	No	3 a 5 días
Ansiedad o nervios	Sí	No	6 a 8 días
Depresión	Sí	No	10 a 19 días
Gastritis (ardor en el estómago)	Sí	No	20 a 29 días
Obesidad	Sí	No	
Hiperlipidemias (colesterol)	Sí	No	otras comorbilidades
Varices	Sí	No	_____
Adicción a las drogas	Sí	No	_____

Sección B | Antecedentes

B1 ¿Cuántos años tienes? _____ Años	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA) _____	
B2 ¿Cuál es su género?	B3 ¿Cuál es su estado civil?	
Hombre mujer	soltero (a)	casado (a)
B4 lugar de nacimiento	Unión libre	Viudo (a)
_____	Separado (a)	Divorciado (a)
	Otro (especifique)	

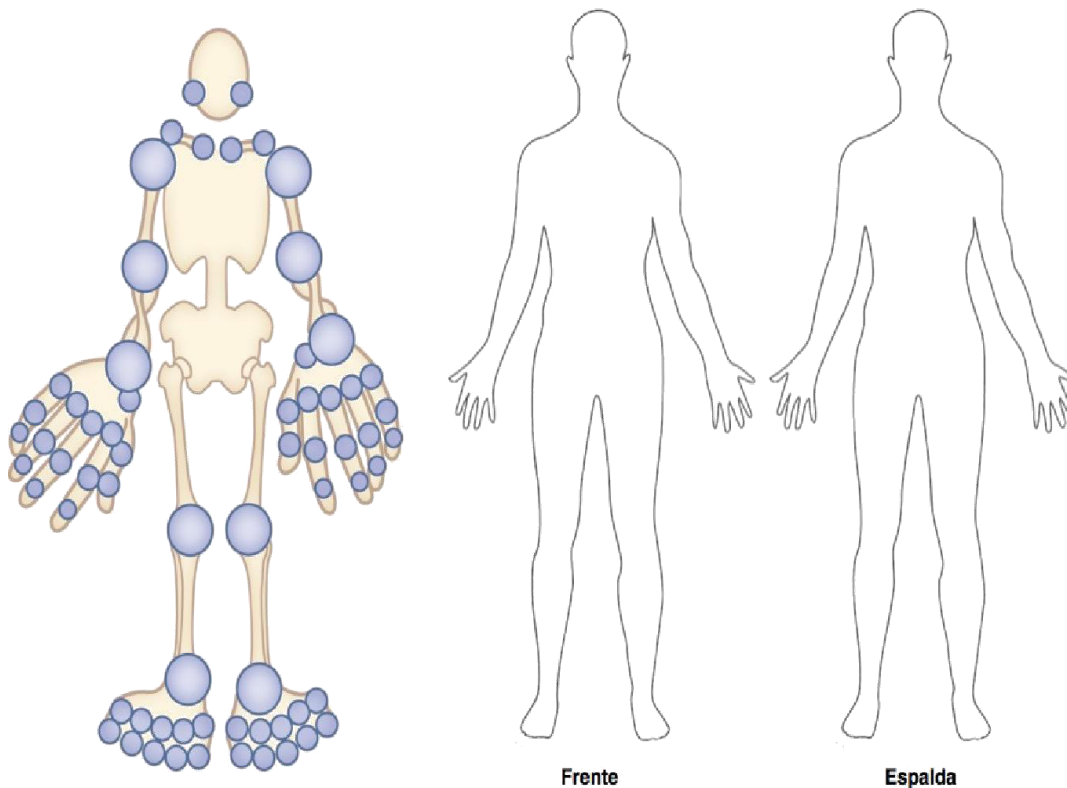
Sección C | Dolor, inflamación y rigidez

C1| ¿ha tenido usted dolor, inflamación o rigidez en los **últimos 7 días** en alguna de estas partes?

Si

No

*en caso de contestar **No** pasar a la sección **C5**



C2| marque con una X el lugar de la molestia y escriba la duración (días, meses, años)

Sitio 1 _____ Duración _____

Sitio 2 _____ Duración _____

Sitio 3 _____ Duración _____

Sitio 4 _____ Duración _____

Sitio 5 _____ Duración _____

C3| ¿Debe esta molestia algún traumatismo? (torcedura, golpe, caída)

Sí

No

No sé

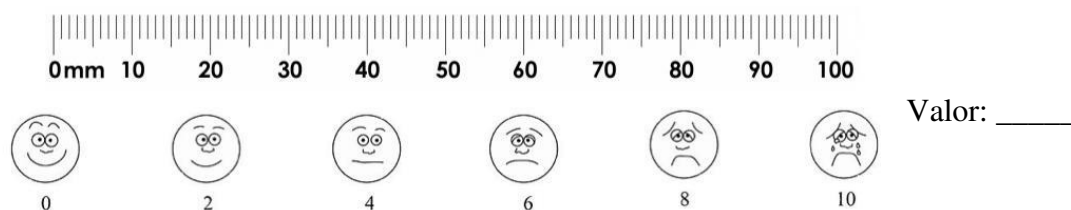
Si la respuesta fue si, marque alguna (s) de las siguientes opciones

Fractura desgarro

Torcedura dislocación

Otro (especifique)

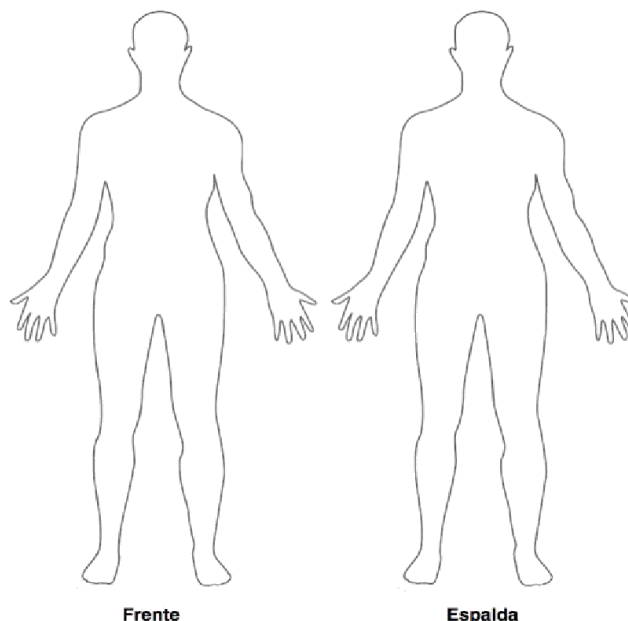
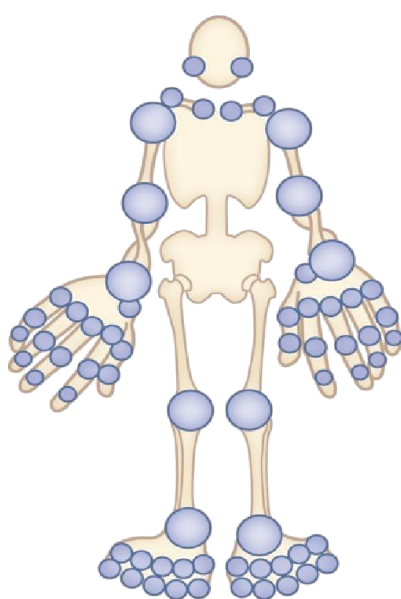
C4| Marque con una X sobre la línea que mejor describa la intensidad de dolor en los **últimos 7 días**



C5| ¿Ha tenido usted dolor, inflamación o rigidez **alguna vez en su vida** en alguna de estas partes?

Sí

No



*Si C1 y C5 son **negativos**, pasar a **sección D** (somatometría)

*Si C1 es **positiva** y C5 es **negativa** pasar a la pregunta C9

C6| marque con una X el lugar de la molestia y escriba la duración (días, meses,años)

Sitio 1 _____ Duración _____

Sitio 2 _____ Duración _____

Sitio 3 _____ Duración _____

Sitio 4 _____ Duración _____

Sitio 5 _____ Duración _____

C7| ¿Debe esta molestia algún traumatismo? (torcedura, golpe, caída)

Sí

No

No sé

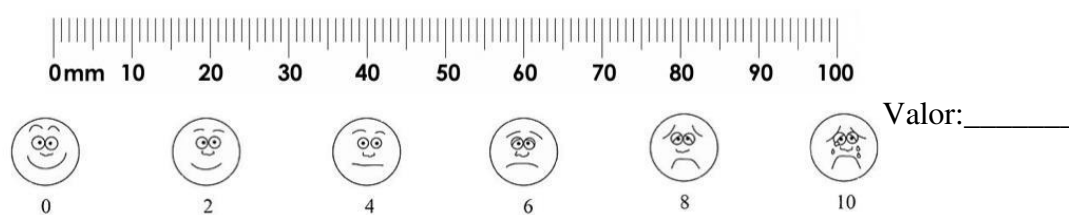
Si la respuesta fue sí, marque alguna (s) de las siguientes opciones

Fractura desgarró

Torcedura dislocación

Otro (especifique)

C8| Marque con una X sobre la línea que mejor describa la intensidad de dolor (alguna vez en su vida)



C9| ¿Ha presentado **dolor nocturno** (que lo despierte al estar dormido)?

Sí

No

No sé

Si la respuesta es **sí** especifique si el dolor ocurre en la **primera mitad** de la noche
(antes de las 12 __, o en la **segunda mitad** de la noche __

C10| ¿Para este dolor usted ha utilizado algún medicamento?

Sí

No

No sé

Si la respuesta es **sí** especifique _____

Apéndice C

Nombre/ ID: _____

Fecha / Notas: _____

Evaluación del Nivel de Intensidad de Actividad Física.

Las actividades físicas son actividades en las que usted hace movimientos ya sea por diversión, trabajo para transportarse de un lugar a otro. Estos movimientos aumentan el número de latidos de su corazón en diferentes niveles de intensidad. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre ejercicio o deporte.

Los siguientes ejemplos muestran tres niveles de intensidad en las actividades físicas. La intensidad en las actividades físicas que usted realiza está relacionada con la cantidad de energía que usted utiliza haciendo estas actividades.

Ejemplos de los niveles de intensidad en las Actividades Físicas.

Actividades ligeras (Su corazón late un poco más rápido de lo normal. Puede hablar y cantar).



**Caminata
Ligera**



**Ejercicios de
Elasticidad**



**Barrer o Hacer
Trabajo de
Jardinería Ligero**

Actividades Moderadas (El corazón late más rápido de lo normal. Puede hablar pero no puede cantar)



Caminata Rápida



Clases de Aeróbicos



Levantamiento de pesas ligeras o moderadas



Bailar

Actividades Vigorosas (El número de latidos de su corazón aumenta mucho más. No puede hablar o el habla es interrumpida por respiraciones profundas).



Escaladora



Voleibol



Trotar o Correr



Fútbol

IRAPA 1 ¿Cuál es su nivel de actividad física?

Marque con una x según la respuesta que corresponda.

- 1) Hago actividades físicas **ligeras, moderadas** y/o **vigorosas** diarias Si No

- 2) Hago actividades físicas **ligeras** Si No
 ¿Con que frecuencia? _____ Días ¿Por cuánto tiempo? _____ Minutos
- 3) Hago actividades físicas **moderadas**
 ¿Con que frecuencia? _____ Días ¿Por cuánto tiempo? _____ Minutos
- 4) Hago actividades físicas **Vigorosas**
 ¿Con que frecuencia? _____ Días ¿Por cuánto tiempo? _____ Minutos

RAPA 2 ¿Cuál es su nivel de actividad física?

- 1) Hago actividades para aumentar la **fuerza** muscular como levantamiento de pesas una o más veces por semana
 Si No
- 2) Hago actividades para aumentar la **flexibilidad** como ejercicios de elasticidad, una o más veces por semana
 Sí No

instrucciones | para identificar su categoría | **RAPA 1** | Aeróbicos

Para obtener su calificación y sintetizar por categoría su nivel de actividad física, elija a continuación las respuestas que sean en su particular. Si el número seleccionado es menor a 6, esto significa que su nivel de actividad de la actividad física está por debajo de lo recomendable. Del número 6 hacia arriba se encuentra dentro de lo recomendable.

Se considera **sedentario** si:

1. Nunca o casi nunca hago actividad física.

Se considera **poco activo** si:

2. Hago algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas, pero no cada semana.

Se considera **poco activo regular ligero** si:

3. Hago algunas actividades físicas ligeras cada semana.

Se considera **poco activo regular** si:

4. Hago actividades físicas **moderadas** cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.
5. Hago actividades físicas **vigorosas** cada semana, pero menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días.

Se considera **activo** si:

6. Hago 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, 5 o más días por semana.
7. Hago 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 o más días por semana.

Instrucciones para identificar su Categoría **RAPA 2: Fuerza y Flexibilidad**

Para medir su fuerza y flexibilidad seleccione una de las siguientes opciones la que se acerque más a su caso en semana.

Hago actividades para aumentar la **fuerza muscular**, como levantamiento de pesas, una o más veces por semana. (1)

Hago actividades para mejorar la **flexibilidad**, como ejercicios de elasticidad, una o más veces por semana. (2)

Ambas afirmaciones. (3)

Ninguna. (0)

Apéndice D
CSFQ 14 | Mujeres
(Versión en español)

Subraye la respuesta que considere necesaria.

- 1) Comparada con la vez más placentera ¿Cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
 - 1-Ningún disfrute o placer
 - 2-Poco disfrute o placer
 - 3-Algún disfrute o placer
 - 4-Mucho disfrute o placer
 - 5-Muchísimo disfrute o placer
- 2) ¿Con que frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación en pareja) actualmente?
 - 1-Nunca
 - 2-Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
 - 4-A menudo (2 veces por semana o más)
 - 5-Diariamente
- 3) ¿Con que frecuencia desea tener actividad sexual?
 - 1-Nunca
 - 2-Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
 - 4-A menudo (2 veces por semana o más)
 - 5-Diariamente
- 4) ¿Con que frecuencia se entretiene con pensamiento sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

5) ¿Disfruta libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

6) ¿Cuánto disfrute o placer obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1-Ningún disfrute o placer

2-Poco disfrute o placer

3-Algún disfrute o placer

4-Mucho disfrute o placer

5-Muchísimo disfrute o placer

7) ¿Con que frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

8) ¿Se excita fácilmente?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

9) ¿Tiene lubricación adecuada durante la actividad sexual?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

10) ¿Con que frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

11) ¿Con que frecuencia tiene un orgasmo?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

12) ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

13) ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

14) ¿Con que frecuencia tiene un orgasmo doloroso?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

CSFQ 4 | Hombres(Versión en Español)

Subraye la respuesta que considere necesaria.

- 1) Comparada con la vez más placentera ¿Cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?
 - 1-Ningún disfrute o placer
 - 2-Poco disfrute o placer
 - 3-Algún disfrute o placer
 - 4-Mucho disfrute o placer
 - 5-Muchísimo disfrute o placer
- 2) ¿Con que frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?
 - 1-Nunca
 - 2-Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
 - 4-A menudo (2 veces por semana o más)
 - 5-Diariamente
- 3) ¿Con que frecuencia desea tener actividad sexual?
 - 1-Nunca
 - 2-Rara vez (menos de una vez al mes)
 - 3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
 - 4-A menudo (2 veces por semana o más)
 - 5-Diariamente
- 4) ¿Con que frecuencia se entretiene con pensamiento sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?
 - 1-Nunca
 - 2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

5) ¿Disfruta libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

6) ¿Cuánto disfrute o placer obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1-Ningún disfrute o placer

2-Poco disfrute o placer

3-Algún disfrute o placer

4-Mucho disfrute o placer

5-Muchísimo disfrute o placer

7) ¿Con que frecuencia tiene una erección?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

8) ¿Alcanza una erección fácilmente?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

9) ¿Es capaz de mantener una erección?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

10) ¿Con que frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

11) ¿Con que frecuencia tiene una eyaculación?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

12) ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

13) ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

14) ¿Con que frecuencia tiene un orgasmo doloroso?

1-Nunca

2-Rara vez (menos de una vez al mes)

3-A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces por semana)

4-A menudo (2 veces por semana o más)

5-Diariamente

Apéndice E



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Consentimiento Informado

Título del estudio: Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con Osteoartritis.

Investigador Responsable: Lic. Brianda Anahí Jacobo López.

Asesor de Tesis: Raquel Alicia Benavides Torres PhD.

Introducción

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados con la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual, en personas con osteoartritis. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Antes de que decida participar en el estudio primero debe conocer el objetivo del estudio.

Objetivo del estudio: El presente estudio pretende Comparar la funcionalidad física (actividades que realiza en la vida cotidiana tales como, caminar, hacer ejercicio, tareas domésticas etc.) y la limitación para la actividad sexual (actividades del ser humano que se relaciona íntimamente) entre personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis.

Descripción del Estudio/ Procedimiento

- Si usted acepta participar en el estudio, se le hará una sola visita al domicilio y se le pedirá que colabore con lo siguiente.

- Contestara el cuestionario COPCORD en caso de salir positivo. Se le informara al médico residente para que visité el domicilio y le haga una valoración y las pruebas correspondientes para diagnosticar a las personas con osteoartritis.
- Posteriormente se les realizará la prueba de Levántese y Ande Cronometrado, el cual consiste en sentarte en una silla y levantarse sin ningún tipo de apoyo (brazos, andadera o bastón), caminar en línea recta tres metros de distancia, regresar y sentarse de nuevo, durante este procedimiento se le toma el tiempo con un cronometro.
- Finalmente se les pedirá que contesten el cuestionario de cambios en la función sexual (CSFQ-14).
- Tendrá la plena libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso que decida dejar de participar en el estudio.

Riesgos

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio debido a que solo se contestara preguntas de manera verbal y el encuestador solo utilizará lápiz y papel de manera que no tendrá ningún riesgo secundario, ni repercusión en su salud. Sin embargo algunos temas pueden que le resulten incómodos si llegase a presentarse esta situación puede tomarse su tiempo, para posteriormente seguir con la entrevista, pero si no se siente dispuesto o no desea seguir hablando de cualquier tema que le incomode podrá retirarse del estudio en el momento que así lo decida.

Beneficios.

Al participar en este estudio no existe un beneficio personal o de tipo económico. La información que usted nos proporcione contribuirá a que en un futuro se puedan realizar programas de promoción y prevención de la osteoartritis.

Autorización para Uso y Distribución de la Información para la Investigación:

Las únicas personas que conocerán su participación en el estudio serán usted, y los responsables de la investigación; no se dará información a otras personas. Los

resultados de los cuestionarios podrán ser publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general, nunca se presentará información individualizada de los participantes. Estos cuestionarios serán guardados durante 12 meses por el investigador para posteriormente ser destruidos

Preguntas.

Si usted tiene alguna duda o aclaración acerca de este estudio por favor comuníquese con los presidentes de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL en el teléfono 83 48 19 43, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Nte. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento para participar en el estudio:

Yo acepto voluntario (a) libremente participar en este estudio y contestar los cuestionarios antes mencionados. He leído la información proporcionada y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que así lo decida.

Firma de la participante

Firma del testigo 1

Firma del investigador

Firma del testigo 2

Fecha